

様式第6号（第7条関係）

子ども医療費助成金支給申請書							
始良市長 殿					年 月 日		
申請者 氏 名					印		
住 所							
電話番号 () -							
受給資格者証番号		指定金融機関		支店名	普通 当座 貯蓄	口座番号	口座名義人
子 ど も	氏 名		登録口座のとおり				
	生 年 月 日		年 月 日	保 険 の 種 類	被 保 険 者 氏 名	登録保険証のとおり	
	申請者との続柄				記 号 ・ 番 号		
受給資格者氏名				保 険 者 名			

医 療 機 関 等 証 明						
診 療 月	年 月 分		患 者 氏 名			
療養の給付 総 点 数	入院	点	療養の給付に係る 一 部 負 担 金		入院	円
	外来	点			外来	円
うち他法制度負担分				証 明 手 数 料	有 (円) ・ 無	
年 月 日						
医療機関等の所 在 地						
名 称						
代表者氏名						

※市記入欄（支給決定伺明細）

課 税						
区分	一部負担金	付加給付の額	他法制度による負担金	自己負担金 (A-B-C)	証明手数料	交付決定額 (D+E)
	A	B	C	D	E	
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円
非 課 税						
区分	一部負担金	付加給付の額	他法制度による負担金	自己負担金 (F-G-H)	証明手数料	交付決定額 (I+J)
	F	G	H	I	J	
入院	円	円	円	円	円	円
外来	円	円	円	円	円	円
計	円	円	円	円	円	円

備考1 支給申請書欄は、申請者がすべて記入してください。

2 医療機関等証明欄に病院等で証明を受けてください。ただし、診療報酬点数が記入してある領収証を添付する場合は、証明を受ける必要はありません。